Washington State Department of Social & Health Services

HOJA DE FIRMAS DEL PLAN INDIVIDUAL DE SERVICIO

INDIVIDUAL SERVICE PLAN SIGNATURE PAGE

PARTE 4 DEL ISP: FIRMAS, PÁGINA 2	
NOMBRE	NÚMERO DDD

APROBACIÓN DEL PLAN DE SERVICIO

He revisado el PLAN INDIVIDUAL DE SERVICIO y estoy de acuerdo con los objetivos y los servicios expuestos en la PARTE 3. El presente plan de servicio no es una garantía de servicio conforme WAC 388-825-050.

No se añadirán nuevos objetivos sin mi previo consentimiento y firma.

FIRMA DEL CLIENTE	FECHA
FIRMA DEL REPRESENTANTE	FECHA
FIRMA DEL ADMINISTRADOR DE CASO/RECURSO	FECHA

SUS DERECHOS DE APELACIÓN

Tiene noventa (90) días a partir de la fecha en que reciba este aviso para solicitar una audiencia administrativa para apelar esta acción.

☐ Usted está recibiendo servicios pagos de DDD, y desea que sus servicios continúen durante el proceso de apelación. Debe presentar su solicitud para una audiencia administrativa hasta el _____.

- Si opta por continuar recibiendo este servicio pago y la decisión final ratifica la acción tomada por el departamento, quizás tenga que pagar hasta 60 días de servicios pagos.
- Si no desea que continúen sus servicios pagos, comuníquese con:

_____ al _____

ADMINISTRADOR DEL CASO/RECURSOS — NÚMERO DE TELÉFONO

Tiene los siguientes derechos:

1. A ser representado (quizás sea elegible para recibir asesoría legal gratuita);
2. A solicitar copias de su expediente y de toda la información evaluada por DDD para tomar esta decisión;
3. A presentar documentación de prueba;
4. A declarar en la audiencia y a presentar testigos que testifiquen en su nombre; y
5. A contra-interrogar testigos que testifiquen para el departamento.

Se adjunta un formulario para solicitar nuevamente una audiencia administrativa.

¿TIENE PREGUNTAS?

Si tuviera alguna pregunta en cuanto a esta decisión o en cuanto a sus derechos de apelación, comuníquese con:

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO	OFICINA LOCAL

Washington State Department of Social & Health Services
DDD Division of Developmental Disabilities

PLAN INDIVIDUAL DE SERVICIO
HOJA DE FIRMAS
SOLICITUD DE AUDIENCIA

Conforme el Capítulo 388-02 para reglamentos de audiencia de DSHS

FOR AGENCY USE ONLY

☐ **Oral request taken by:**

NAME	TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

ENVIAR POR CORREO A: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

FAX: 360-586-6563

Solicito una audiencia debido a que no estoy de acuerdo con el siguiente servicio o decisión del proveedor de la División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo (DDD).

SU NOMBRE (ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA AUDIENCIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA) ☐ TELÉFONO PARA MENSAJES

Se me notificó sobre la decisión el: _____ Por: _____
FECHA NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA OFICINA DE DSHS

Deseo recibir asistencia continua, si fuera elegible: ☐ Sí ☐ No Programa: _____

Me representa (si fuera a representarse a sí mismo, no complete las siguientes dos líneas):

NOMBRE DE SU REPRESENTANTE	ORGANIZACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO

DOMICILIO CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

☐ **Autorizo la cesión de información sobre mi audiencia a mi representante.**

SU FIRMA	FECHA

¿Necesita un intérprete u otro tipo de asistencia o arreglo para la audiencia? ☐ Sí ☐ No

De ser así, ¿qué idioma o qué tipo de asistencia? _____

Los jueces de ley administrativa (ALJ) podrían llevar a cabo algunas audiencias por teléfono. Si desea cambiar a una audiencia personal, siga las instrucciones en el Aviso de Audiencia que la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) le enviará por correo.